

ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ

Никольский М.А., Сиротко В.В., Железняк А.В., Церковский А.Е.

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»*

*УЗ «Витебская городская клиническая больница скорой
медицинской помощи»*

Введение. В структуре повреждений опорно-двигательной системы переломы проксимального отдела бедренной кости составляют 17%, при этом в 50-55% они локализируются внутрисуставно (медиальные), в 35 - 40% - в

вертельной области. Переломы шейки бедренной кости – это типичные повреждения, возникающие в основном у пожилых людей, чаще всего на фоне остеопороза (1). В лечении медиальных переломов бедренной кости (МПБК) превалирует мнение о целесообразности раннего хирургического вмешательства, однако подходы к выбору метода его осуществления остаются неоднозначными. Остеосинтез в различных его вариантах остается преобладающим

Внедрение эндопротезирования при данной патологии позволило улучшить результаты лечения у определенного контингента больных, однако нередко возникающие осложнения после этого вмешательства дают основания использовать его по вторичным показаниям. Учитывая все это, пациентам с переломами шейки бедренной кости оперативное лечение должно проводиться как можно раньше, чтобы дать им возможность передвигаться с нагрузкой на конечность (2).

Анализ литературы относительно лечения пациентов с вертельными переломами позволяет отметить еще достаточно распространенное мнение о достоинствах экстензионного метода, однако в последние десятилетия прослеживается тенденция к активной хирургической тактике, обсуждаются достоинства различных конструкций для внутреннего остеосинтеза и вариантов внешней фиксации (3).

Целью нашего исследования явился анализ методов и результатов лечения пострадавших с переломами проксимального отдела бедренной кости и последующая выработка современных подходов к их лечению и восстановлению трудоспособности.

Материалы и методы. Нами проведен анализ методов лечения 505 больных с переломами проксимального отдела бедренной кости в условиях травматологического отделения больницы скорой медицинской помощи города Витебска в 2006 – 2008 годах. Из них медиальные переломы шейки бедренной кости (МПБК) имели место у 300 больных (59,41%), переломы вертельной области – у 205 (40,59%). Оперативное лечение проводилось у 126 (42%) больных с переломами шейки бедренной кости, у 17 (8,29%) больных с переломами вертельной области. 94 (45,85%) больных с переломами вертельной области лечились методом скелетного вытяжения

Таблица -Виды оперативных вмешательств

Виды оперативных вмешательств	Вид перелома (заболевание)	2006 год	2007 год	2008 год	Всего
Остеосинтез ангулярной пластиной	МПБК	8	8	14	30
	Вертельные переломы	3	6	7	16
Остеосинтез спонгиозными винтами	МПБК	5	7	5	17
	Вертельные переломы	-	1	-	1
Остеосинтез динамическим винтом	МПБК	7	-	-	7
	МПБК	21	13	26	60
Однополюсное протезирование протезом Остин-Мура	Ложный сустав шейки бедра	-	3	-	3

Тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава	Всего	-	1	13	14
	Из них	-	-	5	
	МПБК	-	-	5	
	Ложный сустав шейки бедра	-	-	3	
	Коксартроз	-	1	5	
Итого		44	39	65	148

Результаты и обсуждение. *Переломы шейки бедренной кости.* Среди анализируемой группы больных лица мужского пола составили 34,1%, женского – 66,9%, средний возраст составил 62,68 года. Субкапитальные переломы имели место у 14 (10,94%) больных, трансцервикальные – у 97 (75,78%), базальные – у 17 (13,28%). Выбор способа оперативного вмешательства осуществлялся с учетом возраста, характера общесоматической и психической патологии, степени доморбидной активности, остеопороза, локализации и характеристик перелома.

Все произведенные способы остеосинтеза можно выделить в 2 группы: металлоостеосинтез ангулярной пластиной – у 30 пациентов (средний возраст больных составил 57,75 лет), двумя спонгиозными винтами – 17 (средний возраст больных – 59,8 лет). Эндопротезирование по первичным показаниям выполнено 65 (50,78%) больным, из них: однополюсное протезирование эндопротезом Остин-Мура – у 60 (средний возраст больных – 73,1 лет), тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава – у 5 (средний возраст больных – 63,67 лет) Металлоостеосинтез производился у пациентов с МПБК без смещения отломков или с незначительным смещением, у пациентов с высоким риском оперативного вмешательства в силу сопутствующей патологии. В зависимости от вида перелома субкапитальные переломы с минимальным смещением фиксировали спонгиозными винтами, динамическими бедренными винтами с накладной пластиной или пластиной под углом 130°.

Трансцервикальные переломы группы В₂ чреватые развитием асептического некроза, в связи с чем у пожилых пациентов производили замещение головки бедра эндопротезом, а у молодых людей – остеосинтез пластиной или тотальное протезирование. При выборе средств фиксации ориентировались на классификацию Пауэлса. Каждое из рекомендуемых средств фиксации имеет свои достоинства и недостатки. Остеосинтез винтами менее травматичен, но стабильность фиксации не всегда достаточна для нейтрализации смещающих сил. При остеосинтезе угловой пластиной достигается хорошая стабильность, но точная анатомическая репозиция не является гарантией успеха.

Лечение чрезвертельных переломов имеет свои особенности. При оперативном лечении этих переломов их следует разделять на устойчивые, когда линия перелома идёт от большого вертела косо вниз к малому вертелу, не нарушая медиальной опорной поверхности бедренной кости, и неустойчивые, когда имеются дополнительные фрагменты. Главным критерием устойчивости является возможность восстановления дуги Адамса с компрессией. У 6 больных с устойчивыми чрезвертельными переломами остеосинтез производили пластиной, согнутой под углом 95°. При неустойчивых переломах у 10 больных остеосинтез проводили пластиной с углом 130°. При многооскольчатых чрезвертельных переломах у 3 больных после репозиции отломков производили остеосинтез пластиной (130°).

Выводы.

1 Однополюсное и тотальное эндопротезирование при переломах шейки бедренной кости является методом выбора.

2. В случаях нежизнеспособности головки бедренной кости эндопротезирование показано и в молодом возрасте.

3 Про вынесении показаний для оперативного лечения перелома шейки бедра необходимо оценивать: возраст, соматический статус, величину дефекта шейки бедра, степень остеопороза.

4. При оперативном лечении переломов вертельной области необходимо учитывать степень устойчивости переломов.

Литература

1. Koval K. Hip fractures. / K. Koval, J. D. Zuckerman – New York: Springer-Verlag. – 2000. – 330 p
2. Надеев Ал.А. / Рациональное эндопротезирование тазобедренного сустава. Ал.А. Надеев, А.А. Надеев, С.В.Иванников., Н.А.Шестерня. -- М.: БИНОМ Лаборатория знаний, 2004 – 239 с., ил.
3. Боровков В.Н. Оценка результатов эндопротезирования тазобедренного сустава. / В.Н. Боровков, Г.В. Сорокин, В.С. Князевич // Современные технологии в травматологии, ортопедии: ошибки и осложнения – профилактика и лечение: материалы Междунар. конгресса – Москва, 2004. – С 26.